

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

n°

THÈSE

1087

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

François CHAUDIRON

Né, le 20 Mars 1930, à Paris VIè

Présentée et soutenue publiquement le :

SYNDROMES DOULOUREUX PSEUDO-APPENDICULAIRES

DE L'OVULATION

Président : Mr. LAURENCE, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

n°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

François CHAUDIRON

Né, le 20 Mars 1930, à Paris VIè

Présentée et soutenue publiquement le :

SYNDROMES DOULOUREUX PSEUDO-APPENDICULAIRES
DE L'OVULATION

Président : Mr. LAURENCE, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e

Amst. 1868

THESE

DOCTORAL IN MEDICINE

DE JURE

ET

PHILOSOPHIAE

NO. 1000 1000 A. 1000 1000



STUDIOS DOCTORAL IN MEDICINE

DE JURE

STUDIOS DOCTORAL IN MEDICINE

STUDIOS DOCTORAL IN MEDICINE

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fèy (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE

2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
	{ JAYLE (M.-F.)
Biochimie médicale	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY RERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
	{ BINET (L.)
Physiologie	{ BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
	{ DOGNON (A.)
Physique médicale	{ DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
Biologie médicale	{ POLONOVSKI (J.)
Embryologie	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	TUCHMANN (H.)
Parasitologie	DEPARIS (M.)
Pathologie chirurgicale	BRUMPT (L.-C.)
Pharmacologie	LAURENCE (G.)
Physiologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physique médicale	PARROT (J.)
	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Pitié
	Saint-Antoine
	Salpêtrière
	Tenon
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut
	Broussais
	Cochin
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Lariboisière
	Pitié
	Saint-Antoine
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque
	Foch (Suresnes)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MERGER (R.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	VARANGOT (J.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	RENARD (G.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	AUBRY (M.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	LELONG (M.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MARIE (J.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	BERNARD (E.)
Clinique stomatologique (Pitié)	MICHAUX (L.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	DECHAUME (M.)
Clinique toxicologique	ROUX (M.)
Clinique traumatologique	LEMAIRE (A.)
Sémiologie médicale	GAULTIER (M.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	PADOVANI (P.)
Clinique urologique (Necker)	DOMART (A.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	POILLEUX (F.)
	COUVELAIRE (R.)
	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	{	BOUR (H.)
		LHERMITTE (F.)
		PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	{ CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSE (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORGE (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	{ KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	{ BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	{ BAILLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUEH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	{ BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	{ CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)
Hématologie	{ BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	{ COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	{ BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	{ BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)
Maladies infectieuses	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	{ DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophthalmologie	{ BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	{ JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	{ DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	{ GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	{ BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pathologie médicale	{ JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) NOZZIGONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pédiatrie-Puériculture	

	MM.		MM.
Pharmacologie	ROISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) FJOURS (P.) URAND (J.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	{ DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Physique médicale	{ GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pneumo phthisiologie	{ KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	{ CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{re} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARGE (J.)
		Urologie	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	{ ABOULKER (P.) AMÉLINE (A.), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
		Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE { BOLTANSKI (E.) LAUNAY (G.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Miles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

en témoignage de mon amour filial
et de ma reconnaissance.

A ma Femme,

en reconnaissance de la vibrante
affection qu'elle m'a témoignée et
qui m'a été si précieuse au cours
de ces dernières années.

Aux Miens

et à tous ceux qui me sont chers.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur LAURENCE

Professeur de pathologie chirurgicale

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici le
respectueux témoignage de notre
gratitude.

A Monsieur le Docteur DOR

Ancien Interne et Assistant de Chirurgie des Hôpitaux
Ex-Chef de Clinique Adjoint à la Faculté de Marseille

Qui voulut bien nous inspirer ce
travail et eut l'obligeance de nous
prodiguer ses précieux conseils
pour son élaboration.

Hommage respectueux de notre
profonde reconnaissance.

SYNDROMES DOULOUREUX
PSEUDO - APPENDICULAIRES DE L'OVULATION

=====

INTRODUCTION ET LIMITATION DU SUJET

L'appendicite aigüe représente l'urgence chirurgicale la plus fréquente de la pratique médicale.

Cette affection atteint les sujets de tous âges, depuis les premiers mois de la vie jusqu'à l'extrême vieillesse, et les deux sexes paient un tribut sensiblement égal à cette affection éminemment chirurgicale.

Le diagnostic d'appendicite, aigüe est devenu, grâce à la connaissance que l'on a de ses formes cliniques extrêmement variées, monnaie courante.

C'en est au point que le médecin appelé auprès d'un malade se plaignant de douleurs abdominales accompagnées ou non de fièvre, de modification du pouls, de troubles digestifs, de réaction péritonéale, pense en premier lieu à l'appendicite. Les investigations cliniques ont pour but de confirmer ou d'infirmer d'abord le diagnostic d'appendicite aigüe.

Le temps est révolu des coliques de misère, un Gambetta ne serait pas mort, en 1962, d'une appendicite aigüe diagnostiquée... à l'autopsie.

Les moyens de vulgarisation sont tellement nombreux et les moyens d'information tellement répandus qu'il est maintenant fréquent de voir le médecin appelé pour confirmer le diagnostic, posé par l'entourage du malade, d'appendicite aigüe.

Au cours de vingt années d'exercice comme chirurgien dans un milieu essentiellement rural, le Docteur DOR a pu constater l'évolution des esprits à ce sujet. En 1942 on acceptait avec réticence l'intervention urgente pour appendicite aigüe, vue tardivement, souvent au stade de la perforation avec péritonite diffusante, et le drainage et les complications post-opératoires étaient monnaie courante.

En 1962 ne restent graves que les appendicites aigües diagnostiquées tardivement parce que touchant un organe en situation très anormale ; par contre les fausses appendicites aigües sont de plus en plus fréquentes. Le public a tellement entendu parler d'appendicite, aigüe et les familles rurales ont eu à connaître tellement d'appendicites opérées dans de mauvaises conditions et grevées sinon d'une forte mortalité - la robuste constitution du paysan assurant combien de guérisons inespérées - du moins d'une morbidité post-opératoire importante, que la moindre alerte abdominale provoque une véritable psychose de l'appendicite aigüe.

Il faut cependant ne pas oublier que toute douleur abdominale, même très vive, même accompagnée d'un syndrome de réaction péritonéale, d'un mouvement fébrile même au delà de 38, d'un état nauséux et même de vomissement, n'est pas nécessairement et a tout coup la signature d'une appendicite aigüe.

Notre propos veut se limiter délibérément à ces syndromes douloureux du bas abdomen, et particulièrement de la fosse iliaque droite, observés avec une certaine fréquence chez la jeune fille ou la femme jeune, chez lesquelles le medecin ne pense pas assez souvent à l'existence d'un ovaire dont la phase d'ovulation est quelquefois responsable d'un tel syndrome.

En ne nous arrêtant qu'aux cas observés au cours des deux années écoulées, nous pourrions apporter 15 exemples de telles manifestations, contrôlées par exploration chirurgicale tant en clientèle privée que d'hôpital.

Nous souhaitons essentiellement attirer l'attention des médecins sur ces ovulations douloureuses.

Nous espérons contribuer à éloigner cette psychose de l'appendicite aiguë de l'esprit du médecin autant que de celui du public, et diminuer ainsi le nombre des appendicectomies abusives ou au moins inutiles. Même si une appendicectomie, exécutée dans de tels cas, est une intervention minime et pratiquement sans danger, il est évident qu'il est plus satisfaisant pour le médecin de poser un diagnostic précis d'ovulation douloureuse et de refuser de se laisser séduire par le diagnostic de facilité d'une appendicite irréaliste.

Qu'il exerce en milieu rural ou urbain, le médecin reste responsable de la santé du malade qui la lui confie. Ce n'est pas parce qu'une appendicectomie est un geste chirurgical anodin qu'il a le droit de l'imposer, même sous le prétexte d'un risque à éviter.

Les faits que nous apportons ne permettent pas de décrire un signe pathognomonique du syndrome de l'ovulation douloureuse, c'est un reproche que l'on pourra adresser à notre travail inaugural, et nous en avons conscience.

Notre but essentiel, nous le répétons, est d'attirer l'attention du médecin omnipraticien sur la réalité de ces douleurs abdominales d'origine ovarienne, particulièrement fréquentes à la phase de l'ovulation.

Après avoir rappelé la physiologie de l'ovulation et les principaux aspects cliniques du syndrome inter-menstruel nous rapporterons 15 observations de syndrome inter-menstruel pseudo-appendiculaire et énoncerons quelques éléments de diagnostic différentiel. Enfin après avoir posé quelques hypothèses pathogéniques nous envisagerons l'attitude thérapeutique que doit adopter le généraliste.

C'est d'ailleurs en nous plaçant dans la situation du praticien aux prises avec un certain nombre de problèmes essentiellement pratiques que nous avons mené ce travail.

RAPPEL HISTO-PHYSIOLOGIQUE DE L'OVULATION

Vers le 12ème - 18ème jour après le début des règles, la sécrétion de folliculine, par la thèque interne, augmente. Cette sécrétion entraîne un état congestif et une vaso-dilatation des capillaires de tout le tractus génital et en particulier de l'ovaire. Congestion et vaso-dilatation déterminent une sécrétion exagérée du liquide folliculaire. La pression intra-folliculaire augmente alors rapidement. La thèque externe, couche membraneuse, formée de lamelles conjonctives feuilletées, est inextensible. Déjà affaiblie par sa distension lente antérieure, cette membrane, sous l'action de l'augmentation de pression, se rompt au point superficiel de moindre résistance créant le stigma. Ces phénomènes constituent la déhiscence folliculaire. Une petite quantité de liquide folliculaire fait alors issue par le stigma : la pression intrafolliculaire chute sensiblement. Cette chute de pression provoque une exsudation séro-fibrineuse qui a son point de départ dans les capillaires ovariens dilatés. L'exsudation traverse par filtration les parois du follicule, décolle et refoule devant elle le liquide folliculaire à consistance de gelée. Celui-ci est chassé lentement et progressivement vers l'orifice de déhiscence, entraînant avec lui le cumulus oophorus, y compris l'ovule qui vient de faire sa première mitose de maturation. C'est la ponte folliculaire. Le liquide folliculaire par sa cohésion, maintient momentanément l'ovule au contact de l'ovaire et du pavillon tubaire; il empêche ainsi le gamète de s'égarer en dehors des voies naturelles, ce qui arrive cependant (grossesses péritonéales).

Liquide folliculaire, cumulus et ovule coulent lentement à la surface de l'ovaire et tombent dans la logette ovarienne, relativement ouverte chez la

femme. Cette logette, limitée par la fossette ovarienne, la trompe, le mésosalpinx et le pavillon tubulaire, est à portée immédiate de ce dernier, qui ira capter l'ensemble de la ponte et l'introduire dans l'ampoule tubulaire.

RAPPEL DES ASPECTS CLINIQUES DU SYNDROME INTERMENSTRUEL

Le syndrome intermenstruel est connu depuis 1847, date à laquelle POUCHET, le premier, le mentionne.

En 1872, PRIESTLEY établit les rapports de ce syndrome et de l'ovulation.

Sa fréquence est grande. Il existe surtout chez la femme jeune : 25 à 30 ans, ou chez la jeune fille.

De tout un ensemble de signes, deux symptômes majeurs se détachent, qu'ils soient isolés ou associés, la douleur et l'hémorragie.

1° La douleur :

- douleur médiane, pelvienne, de la région utérine, irradiant vers la racine des cuisses le long de l'obturateur ou vers le rectum, la vessie. Elle est accompagnée parfois de pollakiurie, de ténesme. Cette douleur est, en général, peu intense, diffuse, c'est d'ailleurs plus souvent une gêne, une sensation de pesanteur pelvienne qu'une douleur vraie. Il est exceptionnel qu'elle soit intense, au point de poser un problème chirurgical d'urgence.

Sa durée est brève : quelques heures, parfois 1 jour ou 2, rarement davantage.

- douleur latéralisée siégeant plus souvent à droite qu'à gauche, du même côté à chaque cycle ou varie d'un cycle à l'autre.

Elle peut irradier vers la face antérieure, la face interne des cuisses ou vers les lombes. Son intensité, variable d'un sujet à l'autre, est en géné-

ral, plus accentuée que celle de la douleur médiane. Parfois son caractère aigu et des signes d'accompagnement d'irritation péritonéale :

Pouls rapide,

Etat sub-fébrile

Défense

Nausées ou vomissements

évoquent un syndrome abdominal aigu, en particulier celui d'un syndrome appendiculaire, ce qui est le fait des 12 cas que nous allons rapporter.

- Enfin dans quelques cas rares, la douleur est très vive. Un tableau d'hémorragie interne l'accompagne; les culs de sac vaginaux sont empâtés. Le diagnostic se pose avec celui d'une rupture de grossesse tubaire

2°) Hémorragie :

Il s'agit dans la plupart des cas de petites pertes rouges, de faible abondance : quelques gouttes de sang émises de façon continue, de durée brève parfois, simplement de glaires teintées de sang; au contraire, on peut voir aussi des hémorragies massives de sang rouge. Ainsi le Docteur DOR a été amené à opérer une jeune femme de 32 ans. Celle-ci après avoir ressenti un violent coup de poignard en plein hypogastre, présentait un tableau d'hémorragie interne, au toucher vaginal : Douglas bombant et horriblement douloureux. Les dernières règles dataient de 18 jours. A l'intervention, sur l'ovaire droit, polykystique, un des kystes était rompu et saignait; sur la gauche existait un corps jaune qui saignait également.

3°) Signes secondaires du syndrome intermenstruel :

- Leucorrhées : exagération de la sécrétion de la glaire cervicale, claire, translucide, filante.

- des signes qui évoquent le syndrome pré-menstruel

. Ballonnements,

. Troubles neuro-végétatifs, hyperexcitabilité

. Tension douloureuse des seins

- à l'examen, l'utérus est souvent un peu augmenté de volume

- la dysménorrhée ne serait pas rare.

OBSERVATIONS

Marcelle S 14 ans (Clientèle privée)

Douze jours avant la date des règles attendues surviennent des douleurs abdominales iliaques droites basses, la température est à 37°8, le pouls à 100, l'abdomen est souple, au toucher rectal, le Douglas est douloureux. Cette jeune fille est adressée avec le diagnostic d'appendicite.

A l'intervention, l'appendice est sain, sur l'ovaire droit on trouve un follicule hémorragique, dans le Douglas un peu de sang (gelée de groseille).

Monique H 15 ans (clientèle privée)

Douze jours après la fin des règles, cette jeune fille se plaint de douleurs siégeant à la partie basse de la fosse iliaque droite, la température est à 37°5, pouls à 80. Le Douglas est douloureux au toucher rectal. Cette malade est adressée avec le diagnostic d'appendicite et à la demande du médecin l'appendicectomie est pratiquée.

L'organe est normal mais il existe une forte congestion de la trompe droite et un peu de sang qui suinte de l'ovaire droit; gelée de groseille dans le Douglas.

Madame T 36 ans (clientèle privée)

Des douleurs iliaques droites survenant entre quinze et dix jours avant la menstruation ont fait pratiquer une appendicectomie trois ans auparavant. Au cours de cette appendicectomie l'exploration ovarienne n'avait pas été pratiquée.

Devant la persistance de ces douleurs, une intervention est décidée. On trouve un ovaire droit polykystique, une petite quantité de liquide de consistance gélatineuse dans le Douglas.

Ghislaine T 16 ans (clientèle privée)

Dis jours après la fin des règles surviennent des douleurs assez vives à la fosse iliaque droite. Sur les conseils d'une compagne de pensionnat (?) elle absorbe six comprimés de Luto-Gynoestryl. Elle est vue douze heures après le début des manifestations. La fosse iliaque droite est douloureuse et il existe une ébauche de défense pariétale. La température est à 38°, pouls à 70. Le toucher rectal est douloureux. L'exploration montre un appendice normal, un peu de sang suintant de l'ovaire droit et quelques gouttes dans le Douglas.

Christiane S 15 ans (clientèle privée)

Depuis plusieurs mois, cette jeune fille se plaignait de petites douleurs abdominales iliaques, basses, siégeant le plus souvent à droite, parfois à gauche. Elles étaient rapportées à une entérite et traitées comme telle. Ces douleurs survenaient entre les menstruations. Au cours d'un épisode douloureux le médecin traitant pense à une appendicite et pose l'indication d'une appendicectomie.

Cette crise survient douze jours avant la date présumée des règles. A l'examen, la fosse iliaque droite basse est douloureuse à la palpation profonde. Température 37°9, pouls 90.

A l'intervention l'appendice a une apparence normale ainsi que l'iléon et le caecum, il n'existe pas de ganglions mésentériques. Sur l'ovaire droit on trouve un follicule très rouge prêt de se rompre, un peu de sérosité rosée dans le Douglas. Signalons que les règles apparaissent le lendemain de l'intervention, en avance de huit jours sur la date normale.

Colette M 18 ans (clientèle privée)

Dans les antécédents on note une dysménorrhée habituelle. Par ailleurs la malade avait eu plusieurs crises douloureuses abdominales basses siégeant tantôt à droite, tantôt à gauche mais plus fréquemment à droite. Elles survenaient toujours une douzaine de jours avant la date des règles. A l'occasion d'une nouvelle crise avec fortes douleurs iliaques droites, l'appendicectomie est demandée par le médecin traitant. A l'examen le palper abdominal est douloureux avec une douleur nette à la décompression, Température 38°3, pouls 100.

Laparotomie : appendice d'apparence normale, l'ovaire droit est assez gros avec une suffusion sanglante à partir d'un follicule, un peu de gelée de groseille dans le Douglas.

Odette B 14 ans (clientèle privée)

Depuis 18 mois, époque à laquelle est apparue la première menstruation, il existe des douleurs abdominales entre chaque menstruation, une douzaine de jours avant. La malade est vue à plusieurs reprises par Monsieur DOR qui diagnostique "ovulations douloureuses". Cependant médecin et famille insistent pour une appendicectomie, celle-ci est pratiquée et au cours de l'intervention l'on explore l'appareil génital. Sur l'ovaire droit existent plusieurs petites formations kystiques dont une est rompue et d'où s'écoule du liquide légèrement rosé.

Madame V 28 ans (clientèle privée)

Depuis plusieurs années les périodes inter-menstruelles sont très douloureuses, par ailleurs il existe une dysménorrhée. Les douleurs inter-menstruelles devenant plus fortes depuis plusieurs mois obligent cette femme à l'alitement. On intervient pour une opération de Cotte, permettant de constater un ovaire gauche polykystique avec un follicule hémorragique, un ovaire droit également polykystique. Sont pratiquées une résection partielle de l'ovaire gauche, une résection du nerf pré-sacré, une appendicectomie. Revue six mois après, la malade est satisfaite de l'intervention, les douleurs ont disparues, les règles sont moins abondantes.

Cette observation illustre les lésions ovariennes observées chez la femme adulte responsables de ces ovulations douloureuses, ces dernières sont mises souvent sur le compte d'une "appendicite chronique" qui conduit chez les jeunes filles à des appendicectomies sans profit.

Mademoiselle Q 21 ans (clientèle privée)

Se plaint de douleurs abdominales iliaques droites survenant dans la période inter-menstruelle. L'appendicectomie est conseillée par le médecin traitant.

A l'intervention on constate une sérosité rosée dans le Douglas avec sur l'ovaire droit un follicule sanguinolent.

Madame H 24 ans (clientèle privée)

Depuis six mois, une quinzaine de jours avant la menstruation surviennent des douleurs abdominales iliaques droites. L'appendicectomie est pratiquée à la demande du médecin traitant.

A l'intervention on constate un kyste folliculique hémorragique sur l'ovaire droit et une "gelée de groseille" dans le Douglas.

Michèle R 18 ans (clientèle privée)

Depuis dix mois environ, survient de temps en temps, dix jours avant la menstruation, un syndrome douloureux, iliaque droit. Ce syndrome dure un jour ou deux, la patiente est vue à l'occasion d'une crise plus forte survenant dix jours avant les règles attendues. La température est à 37°6, pouls 80, la fosse iliaque droite est douloureuse au palper profond, Douglas très douloureux au toucher rectal. Plusieurs médecins consultés ont conseillé l'appendicectomie. La famille insiste pour que l'on exécute cette intervention.

A l'exploration l'appendice est d'apparence normale, on note sur l'ovaire droit un follicule rompu, hémorragique, une "gelée de groseille" dans le Douglas.

La malade est revue quatre mois plus tard; il n'existe aucun changement depuis l'appendicectomie. Sur les conseils du médecin traitant, un traitement hormonal (Lutogyl, Synergon) a été entrepris, pas d'amélioration.

A noter la fréquence de manifestations hémorragiques chez cette jeune fille : épistaxis, gengivorragie au brossage des dents, ecchymoses spontanées ou au moindre choc.

Cette observation est intéressante par l'explication qu'elle peut donner des hémorragies pathologiques à la rupture du follicule ovarien (fragilité vasculaire ? hémogénie ? trouble de la crase sanguine ? ...)

Mademoiselle P 21 ans (clientèle privée)

Est adressée au chirurgien pour appendicectomie à la suite d'une crise douloureuse de la fosse iliaque droite. Température à 37°7.

La crise se situe 18 jours après le début de la menstruation, le cycle étant régulièrement de 28 jours.

A l'exploration : l'appendice est d'apparence normale, l'ovaire droit présente plusieurs microkystes dont un suinte de sang, sérosité sanglant en petite quantité dans le Douglas.

Mademoiselle A 18 ans (clientèle privée)

Depuis deux ans, cette jeune fille est vue à plusieurs reprises pour des douleurs de la fosse iliaque droite survenant régulièrement à l'époque de l'ovulation. Devant la persistance de ces douleurs, le médecin traitant demande une appendicectomie.

A l'intervention l'appendice est sain; l'ovaire droit présente un kyste du volume d'une petite cerise: kystectomie.

Yvette P 18 ans (Hôpital)

Huit jours avant les règles est survenue une douleur de la fosse iliaque droite. Température 37°8, pouls 90.

Laparotomie par Mac Burney : appendicectomie d'un organe d'apparence saine; exploration de l'appareil génital : sur l'ovaire droit, deux points suintant de sang correspondant à des cicatrices de follicules.

Simone B 22 ans (Hôpital)

Depuis la date de sa première menstruation à l'âge de 13 ans, dysménorrhée, règles irrégulières, abondantes, syndrome pré-menstruel très accusé. Au cours de certains cycles, surviennent, dix jours avant les règles des dou-

leurs abdominales iliaques droites. Cette jeune fille est adressée au chirurgien pour une crise plus douloureuse que les précédentes avec le diagnostic d'appendicite. La douleur est située au-dessous du point de Mac Burney, il existe une douleur à la décompression, nausées mais pas de vomissements, selles normales, pas de constipation. Température 37°6, pouls 90. Au toucher rectal, Douglas douloureux.

Laparotomie par Mac Burney, appendice d'apparence normale, un peu de sang suintant de l'ovaire droit, sérosité sanguinolente dans le Douglas, trompe droite congestive.

ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

Nous décrirons tout d'abord le terrain sur lequel survient le plus souvent le syndrome inter-menstruel. Pour cette description nous avons estimé utile de sortir du cadre de nos 15 observations et de faire une synthèse des cas que nous avons relevés dans la littérature.

I - Circonstances d'apparition :

Les formes pseudo-appendiculaires d'ovulation douloureuse surviennent surtout chez la femme jeune 25 - 30 ans ou chez la jeune fille, exceptionnellement la femme de plus de 40 ans. Les crises apparaissent entre le 12-18ème jour qui suivent les dernières règles, parfois plus tôt : dès le 7ème jour.

Elles ne se produisent pas forcément à chaque cycle. Il est important de rechercher si ces crises siègent tantôt dans la fosse iliaque droite, tantôt dans la fosse iliaque gauche. Le caractère oscillant des douleurs est un élément non négligeable du diagnostic, (deux de nos observations), malheureusement dans de nombreux cas, ce syndrome siège toujours dans la fosse iliaque droite; d'autre part, on peut se trouver devant une patiente dont c'est la première ovulation douloureuse. S'il a existé des crises antérieures (9 de nos observations), leur évolution est caractéristique, leur durée a été brève sauf si le syndrome existait depuis plusieurs années : quelques heures le plus souvent, parfois un jour ou 2, rarement davantage, la convalescence a été rapide.

Mais il faut savoir que les cas aigus ne sont pas aussi réguliers dans leur périodicité que le type moyen de la douleur intermenstruelle.

L'ovulation peut avoir été parfaitement normale avant. HOAYT et MEIGS ont rapporté que sur 58 femmes s'étant présentées avec un syndrome aigu, 26 n'avaient jamais eu de précédentes attaques de douleur intermenstruelle.

Dans une série de 21 observations, WHARTON LR et HENRIKSEN E notent que le pourcentage des femmes ayant eu des attaques est plus élevé que dans la statistique de HOAYT et MEIGS, cependant, ajoutent-ils, la douleur régulière, périodique, n'est pas aussi constante que dans le cas moyen.

Enfin on cherchera si les antécédents du sujet constituent un terrain particulier sur lequel se développe plus volontiers le syndrome intermenstruel.

- Chez la jeune fille :

Hyperfolliculinie : puberté précoce,

règles abondantes, prolongées souvent douloureuses

développement précoce des seins,
du système pileux

vulve bien développée avec souvent, des
grandes lèvres supérieures à la normale

poids élevé par rapport à la taille

- Chez la femme :

Rechercher les antécédents d'épisode génital infectieux, qui aurait pu passer inaperçu :

Antécédents de métrite avec pertes abondantes

de crises de salpingite

de vaginite, d'exocervicite

de simples brûlures à la miction.

Demander à la malade la date de ses premiers rapports sexuels. Souvent, le syndrome intermenstruel n'existait pas avant ceux-ci: l'apparition d'une douleur de la fosse iliaque droite, au milieu du cycle menstruel

doit faire évoquer la possibilité de son origine gynécologique, si la femme se trouve à cette période de sa vie génitale.

Interroger le sujet sur son passé obstétrical :

- . accouchements, avortements, curetages,
- . sur ses règles : dysménorrhée (3 de nos observations)

Rechercher un kyste de l'ovaire.

Fibrome et endométriose sont moins intéressants, en ce qui nous concerne, car ils donnent un syndrome inter-menstruel avec douleurs et hémorragies.

Enfin, comme chez la jeune fille, on s'inquiétera d'un trouble hormonal possible : hyperfolliculinie certes, mais aussi hypolutéinie : ce cas d'ailleurs sort de notre sujet, puisque ce diagnostic fait appel à des examens de laboratoire, alors que nous entendons rester, rappelons-le, dans le cadre du médecin praticien placé devant un diagnostic d'urgence.

Nous chercherons, pour terminer, l'existence d'un terrain neurovégétatif : émotivité, rougeur de la face.

Si l'on admet, ce que semble prouver un certain nombre de statistiques, que le syndrome inter-menstruel apparaît dans des circonstances déterminées, dont nous venons de faire un bref rappel, l'existence de ces éléments chez la femme examinée constitue un argument en faveur de l'étiologie ovarienne de la douleur et des signes qui l'accompagnent.

2°) A côté des antécédents de la malade, antécédents qui d'après WHARTON et HENRIKSEN sont significatifs dans plus de la moitié des cas, le tableau clinique, un peu différent de celui d'une appendicite, peut faire évoquer le diagnostic.

- la douleur est parfois vive et surtout elle est située dans la fosse iliaque basse, souvent cette douleur est davantage pelvienne qu'abdominale.

- les vomissements sont rarement observés, mais les nausées existent presque toujours.

- la constipation est rarement retrouvée.

Signes généraux :

- Dans 8 de nos observations, la température se situe entre 37°5 - 38°. Dans une seule, elle atteint 38°3. Cette hyperthermie modérée est relevée par la plupart des auteurs.

Elle dépasse l'augmentation habituelle de la deuxième période du cycle menstruel, mais reste au-dessous de la température observée le plus souvent au cours des crises d'appendicite.

Le pouls est en rapport.

- La formule et numération n'ont pas été pratiquées chez nos malades : WHARTON et HENRIKSEN signalent qu'une hyperleucocytose à 12.000 au plus est constante.

A l'examen :

- Souvent la douleur est plus diffuse que dans l'appendicite; à la palpation, c'est tout le pelvis qui est sensible, bien que cette sensibilité soit plus prononcée du côté droit.

Un point douloureux précis peut être retrouvé : il siège au-dessous du Mac Burney, mais, ceci n'est pas très caractéristique puisque dans l'appendicite la plus classique qui soit le point douloureux peut être situé au milieu de la ligne bi-spinale.

La douleur à la décompression est rare : nous en aurons 2 cas parmi nos observations : celui de Colette M....., l'existence de ce signe, joint à une douleur spontanée particulièrement vive et à une fièvre relativement élevée, pour un syndrome inter-menstruel (38°3) rendait le diagnostic particulièrement difficile, malgré les crises antérieures.

2ème cas : celui de Simone B : les antécédents caractéristiques, la douleur bas située, la température à 37°6, fournissaient des arguments importants en faveur d'une ovulation douloureuse.

- La contracture localisée existe, discrète, semblable à celle de l'appendicite.

- Enfin au TR le Douglas est constamment douloureux.

3°) Signes accompagnateurs.

Ceux n'ont pas été retrouvés dans nos observations, mais ils sont signalés par WHARTON et HENRIKSEN :

- leucorrhée

- petit saignement vaginal : il est rarement suffisant pour attirer l'attention, sauf si on le recherche.

E - des symptômes vésicaux.

Enfin chez une patiente WHARSON et HENRIKSEN ont noté une légère diarrhée due à une irritation rectale. Cette observation est à rapprocher de celle de Christiane S qui fut traitée, un certain temps pour entérite.

Tous ces signes appartiennent au syndrome intermenstruel. Nous en avons déjà parlé, dans le rappel clinique de ce syndrome, en citant les signes secondaires.

Ils sont fréquemment retrouvés dans les formes peu bruyantes, à évolution chronique, du syndrome intermenstruel, plus rarement, dans les ovulations douloureuses de type aigu.

HYPOTHESES PATHOGENIQUES

Deux hypothèses sont actuellement avancées pour expliquer le syndrome inter-menstruel banal :

1°) L'hyperfolliculinie qui accompagne la ponte ovulaire entraîne une congestion pelvienne. La sensation de pesanteur, la douleur abdominale basse serait due à cette congestion. Quant à l'hémorragie qui accompagne souvent la douleur, elle serait d'origine utérine et en rapport avec l'action vagotonique de la folliculine. Elle ne serait d'ailleurs que l'accentuation de l'hémorragie physiologique microscopique.

2°) La fréquence avec laquelle des antécédents infectieux sont retrouvés chez ces femmes a fait penser que des phénomènes de sclérose, résultant de ces épisodes infectieux, pourraient être à l'origine des douleurs. Cette sclérose entraînerait la formation de tissu cicatriciel, d'adhérences qui enserrerait les nombreux filets sympathiques du système nerveux périovarien et péri-tubaire.

Lors de la phase congestive, ces réseaux sympathiques détermineraient une douleur provoquée par la distension veineuse et artérielle.

Les deux théories d'ailleurs ne s'opposent pas, puisque la congestion pelvienne est imputable à l'hyperfolliculinie. Mais elles n'expliquent pas la brutalité de la douleur ni les réactions péritonéales qui l'accompagnent, au cours de la forme clinique du syndrome inter-menstruel que nous avons envisagée.

Les symptômes d'apparition brutale pourraient être dus à une irritation péritonéales;

Quelle serait l'origine de cette irritation ? Le liquide folliculaire faisant issue au moment de la ponte ovulaire irriterait le péritoine. Mais pourquoi ce phénomène physiologique et habituellement silencieux se manifesterait-il d'une façon plus ou moins bruyante dans certains cas ? Existerait-il une modification de son pH, traduction d'une lésion ovarienne ?

Une autre hypothèse peut être avancée, concernant l'origine de l'irritation péritonéale : l'hémorragie microscopique qui existe normalement au moment de la ponte ovulaire peut s'exagérer et, atteignant une relative importance entraînerait une réaction péritonéale.

Le mécanisme semble être confirmé par la fréquence avec laquelle on constate la présence d'un follicule hémorragique ou d'une formation kystique souvent rompue sur l'ovaire droit ou d'un peu de sang suintant à ce niveau (13 observations) avec dans le Douglas une gelée de groseille ou une sérosité sanglante (10 observations).

Dans deux cas seulement une hémorragie même minime n'a pu être constatée à la surface de l'ovaire droit : Mme T qui présentait un ovaire polykystique, avec dans le Douglas une petite quantité de liquide de consistance gélatineuse, Melle A chez laquelle on a trouvé à l'intervention un kyste du volume d'une petite cerise sur l'ovaire droit.

Quelle est l'origine de l'épanchement sanglant, lorsque, sur l'ovaire, l'on constate un simple suintement sanglant, sans follicule hémorragique ? Il proviendrait de l'exsudation des capillaires ovariens dilatés ou des gros vaisseaux du hile et de la zone médullaire. Lorsque ce liquide est franchement sanglant on peut penser qu'il s'agit d'une petite hémorragie provenant du stigma : orifice de déhiscence qui est toujours entouré d'une étroite couronne hématique.

En tous cas à la période d'ovulation la congestion et l'exsudation des vaisseaux, de l'appareil génital, phénomènes physiologiques, prendraient chez cer-

taines femmes et au cours de certains cycles une importance notable, en relation avec un déséquilibre hormonal : hyperfolliculinie. D'ailleurs la folliculine inondant tout l'organisme, on peut relever chez ces femmes une fragilité vasculaire, dont nous avons cité un cas, mais qui se retrouve fréquemment : combien de femmes signalent qu'au milieu du cycle et davantage quelques jours avant la menstruation (syndrome pré-menstruel) elles font facilement des "bleus".

Nous ne pouvons affirmer la réalité de ce mécanisme; nous présentons simplement ce que nous avons constaté et qui est corroboré par les observations de nombreux auteurs.

CONDUITE A TENIR

Pour le médecin praticien le diagnostic entre une forme pseudo appendiculaire du syndrome inter-menstruel et une appendicite est très difficile.

Il n'existe pas de signe pathognomonique de l'ovulation douloureuse, qui permette de trancher le problème avec certitude. C'est tout un ensemble de petits signes différentiels qui permettra d'orienter le diagnostic dans tel ou tel sens, mais, finalement, il ne s'agira souvent que d'une présomption.

Cependant parmi les 15 observations que nous avons relatées (13 si nous ne tenons pas compte de celles de Madame T et de Madame V qui s'écartent un peu de notre sujet) le Docteur DOR avait établi le diagnostic dans la plupart des cas et avait prévenu la famille ou le médecin traitant de l'inefficacité de l'appendicectomie sur le syndrome douloureux qui pourrait se reproduire par la suite. HOYT et MEIGS signalent que dans une série de 58 cas d'ovulation douloureuse de forme pseudo-appendiculaire, le diagnostic correct a été posé chez 17 malades.

L'attitude du médecin rural est en général interventionniste. En effet, sur le plan strictement médical, le problème est déjà délicat à résoudre, à côté de ces difficultés de diagnostic vont jouer, pesant sur la décision du médecin, des facteurs psychologiques et matériels.

La famille fait preuve le plus souvent, devant ce tableau pseudo-appendiculaire, d'une incompréhension totale.

Il s'agit pour elle d'une appendicite et l'attitude hésitante du praticien susciterait la méfiance. On n'admet pas en milieu rural que le diagnostic ne

soit pas posé d'une façon catégorique, la mise en observation est difficilement acceptée, rarement proposée : elle est interprétée comme un manque de savoir une ignorance déguisée, dans ce milieu où la confiance dans le médecin est réservée. Ce climat est pour celui-ci un sérieux handicap.

Il s'y ajoute des difficultés matérielles : la mise en observation lorsqu'elle est consentie par la malade et la famille, s'avère difficile. Elle suppose en effet des visites répétées avec les répercussions que cela entraîne sur le plan fatigue pour le médecin et sur le plan financier pour la malade, les rapports médecin-famille risquent de s'envenimer de ce fait, la méfiance s'accroître.

Ainsi la surveillance sera-t-elle suffisamment stricte pour que le diagnostic, qui n'aura pas été posé avec certitude, puisse être révisé, s'il y a lieu et la malade adressée au milieu chirurgical ?

Devant tous ces obstacles, le médecin choisit la solution de sécurité, de facilité aussi, parfaitement valable certes pour la malade et lui-même et envoie la patiente au chirurgien avec le diagnostic d'appendicite.

Pourtant l'existence fréquente d'antécédents, la température peu élevée, le siège bas de la douleur devraient faire évoquer la possibilité d'un syndrome douloureux de l'ovulation.

Le diagnostic ayant été envisagé, il nous semble que l'intervention pourra être retardée pendant 24 h. ou 36 h. et la malade mise en observation, à son domicile ou, de préférence, surtout à la campagne en milieu chirurgical. Le médecin l'aura prévenue de l'étiologie supposée de la douleur, de la possibilité d'une non intervention, d'une "guérison" spontanée et de l'inefficacité de l'appendicectomie en ce qui concerne la prévention d'une nouvelle crise douloureuse.

Cette attitude exige un certain courage de la part du médecin, qui heurtera les préjugés de la famille, qui risquera de susciter de la méfiance à son égard, qui encourra le reproche d'avoir fait hospitaliser sa patiente pendant 2 ou 3 jours "pour rien", qui devra prendre le temps d'expliquer à sa malade

le mécanisme de l'ovulation et l'informer de la relative fréquence des fausses appendicites.

Mais en agissant ainsi le praticien aura entouré sa malade de toutes les précautions qu'elle est en droit d'exiger de lui, et il n'aura pas mis le doigt dans l'engrenage des appendicectomies abusives.

CONCLUSIONS

La réalité des syndromes douloureux pseudo-appendiculaires de l'ovulation est incontestable.

Le médecin doit y penser en présence d'une femme jeune ou d'une jeune fille ayant des douleurs abdominales dans l'intervalle des menstruations.

Il n'existe pas de signe pathognomonique clinique ou biologique permettant d'en faire, à coup sur, le diagnostic.

Le diagnostic différentiel avec l'appendicite à opérer reste difficile. L'anamnèse est l'élément essentiel : manifestations antérieures plus ou moins bruyantes et répétées de la date de l'ovulation.

En présence d'un tel syndrome la mise en observation doit être proposée de préférence en milieu chirurgical. Elle doit raisonnablement être prolongée 24 ou 36 heures : ce délai suffit dans la majorité des cas pour préciser le diagnostic. L'intervention systématique n'est pas justifiée.

Nous regrettons qu'au terme de ce travail, il ne se dégage pas d'éléments susceptibles de faire établir le diagnostic avec une certitude quasi absolue. Mais, nous aurons atteint notre but, si nous avons pu contribuer à attirer l'attention des médecins sur ces ovulations douloureuses et à rompre cette habitude qui consiste à étiqueter systématiquement appendicite tout syndrome douloureux de la fosse iliaque droite, s'accompagnant de fièvre et de réaction péritonéale.

Vu, le Président de Thèse

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur LAURENCE

Professeur L. BINET

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- ALBEAUX-FERNET, ALAJOUANINE (P.) et PAQUIN -
Manifestations pathologiques de période pré-menstruelles
Sem. Hop. Paris, Mai 1945
- AUDIT (J.F.)
A propos du syndrome inter-menstruel
Bulletin de la Fédération de Gynec. et Obst. 2181, 1958
- BAVIERE -
Le syndrome intermenstruel - (a propos de 88 observations)
Thèse Lille 1958
- BERNARD (I.) -
Ovulation et dysovulation
Revue de Gynec. et Obst. n° 4, Avril 1959
- BOUILLY -
Poussées congestives intermenstruelles
Revue Gynec. et Chirurgie, 1897
- BRAGA (A.I.) -
Syndrome abdominal aigu de l'intermenstruum
Revue Gyn. Obst. novembre 1953, n° 5, p.716-725
- CARIOU-COUTURIER (Monique) -
Etude clinique de cent cas de syndromes intermenstruels
Thèse Lille 1961
- CATLETT (J.M.) -
Intermenstrual pain, differ. diag. of ovulation pain and acute abdom. test
cf ovulation time.
Journal of the Kausas Medical Society. June 1959, p.288.9
- COTTE (G.) -
Ovulations douloureuses
Revue Fr. Gyneco et Obstr. Mars 1931

COTTE -

Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme
1931

FASSINA -

Des douleurs intermenstruelles
Thèse Paris 1899

GAUTIER -

De l'importance du facteur lésionnel organique dans le syndrome
intermenstruel
Compte rendu de la Société Française de Gynécologie, Mars 1960

GUEISSAZ (E.) -

Cent cas de crises intermenstruelles, 66 observations cliniques
Gynec. Obst. 1939-1940, n° 3, p.223-230

GUEISSAZ (E.) -

La crise intermenstruelle
G. Med. Bordeaux, Octobre 1946, n° 19-20, p.390

HAIN (A.M.) -

Ovulation and the human sex cycle
Brit. Med. 1934

HOYT (W.F.) and MEIGS (J.V.) -

Rupture of the Graafian Follicle and Corpus Luteum
Surg. Gynec. and Obst. 62, p.114-117, Janv. 1936

HISAN (F.L.) -

Développement du follicule de Graaf et ovulation
Physiol. Revue, Janvier 1947, n° 1, p.95-119

JOURDAIN -

Congestion fruste intermenstruel
Thèse Lyon 1903

MAC SWEENEY (D.J.) et FALLON (R.J.) -

Douleur pendant l'ovulation et après celle-ci.
Ann. J. Obst. Gyn. Février 1950, n° 2, p.419-423

MARSH (Mario) -

Phénomènes intermenstruels et interprétation
J. Ann. d'obstr. 1897

MATHIEU (J.) -

Les douleurs intermenstruelles et leur traitement
Vie Médicale Novembre 1955, n° 11, p.1227-1232

MATHIEU (J.) et MOUSSELON (J.) -

Le traitement médical des douleurs intermenstruelles. Ses possibilités et ses limites.

Revue Franc. Gynec. Obstr. 1953, n° 9 - 10, p.251-260

NAVROMATI (L.) -

La crise intermenstruelle : la phase interfolliculino-lutéinique intermenstruelle

Gynec. Obstr. 1941, n° 3 - 4, p.110-124

NETTER (A.) -

Le syndrome intermenstruel Gynécologie.

Flammarion

ORSONI -

La crise intermenstruelle

Thèse Paris 1942, n° 140

PALMER (R.) -

A propos de la pathogénie de la crise douloureuse intermenstruelle

Question Gyn. Oct. 1943, n° 2, p.39-41

PALMER (R.) et ORSONI -

Pathogénie de l'hémorragie intermenstruelle

Bull. Soc. Gynéco. Obstr. 1939-1940

POPELIN -

Etude clinique de la crise intermenstruelle

Thèse Paris 1914

ROBECHI (E.) -

La sindrome intermenstruale.

Manifest. Pathogen. et Theu. (Minerva Gynecologica. Torino 10 - 15 décembre 1958, p.939-940

SPECK (G.) -

The détermination of the time of ovulation

Obst. Gyn. Surgery 14, p.798.818, Décembre 1959

THOYER-ROYAT (J.) et PELZER (A.) -

A propos de quelques observations de syndromes intermenstruels.

Sem. Hop. Paris 6 février 1956, n° 8, p.435-438

VOKER (R.) -

Therapeut. hormonales en gynécologie et obstétrique 1954

WATTEBLED -

Le syndrome intermenstruel
Thèse Paris 1948

WESTMAN (A.) -

La douleur intermenstruelle
Gynaecologia, Octobre 1946, n° 4, p.216-219

WHARTON (L.R.) et HENRIKSEN (E.) -

Les constatations opératoires dans la douleur périodique intermenstruelle
J.A.M.A., 31 octobre 1936, n° 18, p.1425 - 1432.

TABLE DES MATIERES

=====

- INTRODUCTION
- RAPPEL HISTO-PATHOLOGIQUE DE L'OVULATION
- RAPPEL DES ASPECTS CLINIQUES DU SYNDROME INTERMENSTRUEL
- OBSERVATIONS
- ELEMENTS DE DIAGNOSTIC
- HYPOTHESES PATHOGENIQUES
- CONDUITE A TENIR
- CONCLUSIONS
- BIBLIOGRAPHIE



**AGEMP
POLYCOPIE**

**8, rue Dante
PARIS - V •**

Téléphone : ODEon 58-94